

BULLETIN DE PORTABILITÉ DES GARANTIES SANTÉ

A compléter par l'employeur et par l'agent, et à transmettre à la MGAS

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Employeur : _____
 Numéro de contrat collectif : _____
 N° SIRET de l'employeur figurant sur les bulletins de salaire : _____
 Adresse administrative : _____
 Nom et fonction du représentant habilité : _____
 Dans le cadre des obligations définies par le Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat, je soussignée(e), _____, demande la portabilité des garanties santé appliquées dans l'établissement, en faveur de l'agent nommé ci-dessous qui quitte l'établissement, sous la condition qu'il soit indemnisé par le régime de l'assurance chômage.

IDENTIFICATION DE L'ANCIEN AGENT

N° d'adhésion MGAS : _____
 Civilité : ☐ Mme ☐ M Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° de Sécurité sociale : ____ | ____
 Adresse : _____
 Code postal : ____ Ville / Pays : _____
 Téléphone : ____ Portable : ____ E-mail personnel : _____
 Date d'entrée dans la fonction : ____ / ____ / ____ Date de cessation du contrat de travail : ____ / ____ / ____
 Motif de cessation du contrat de travail : _____
 Date de début des droits à la portabilité : ____ / ____ / ____
 Date de fin de la portabilité : ____ / ____ / ____
 Je soussigné(e) _____
☐ Demande le maintien des garanties conventionnelles obligatoires. Je m'engage à transmettre à la MGAS l'attestation de droits de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation et à informer la mutuelle de ma reprise d'activité lorsque celle-ci intervient avant la fin des droits à la portabilité.

INFORMATION

Les bénéficiaires couverts et le niveau de garantie restent identiques à ceux en vigueur à la date de démarrage de la portabilité.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués qui serviront à l'affiliation à intervenir et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion de la notice d'information du contrat comprenant en annexe le tableau des garanties ainsi que la notice d'information des garanties incluses au contrat, des statuts de la mutuelle et de l'IPID et en accepte les termes. Je m'engage à signaler toute modification. Mon adhésion permet la délivrance d'une carte ouvrant droit à la dispense d'avance de frais avec certains professionnels de santé. Je m'engage à la restituer sans délai si je venais à quitter la MGAS. Sous réserve des conditions particulières et générales prévues au contrat.

Fait à _____
 Le ____ / ____ / ____



**Signature originale manuscrite
de l'adhérent(e) précédée de la
mention «Lu et approuvé»**

Cachet de l'établissement